

分担研究報告書

トラウマインフォームドアプローチによる強度行動障害支援の指針策定に資する研究

研究分担者 八木 淳子 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授

研究要旨

強度行動障害とトラウマの関連を明らかにし、トラウマの影響を理解した対応について当事者に関わる全ての人（支援者、家族、医療者、行政担当者等）に周知徹底を図ることにより、強度行動障害とトラウマ関連障害の発症を未然に防ぎ、余儀なく発症した場合でも症状の悪化を低減させ、支援者や家族をエンパワーすることにつながるが見込まれる。

さらに、地域におけるトラウマインフォームドケア（TIC）に基づいた対応の理解と情報の周知徹底をはかり、啓発に資する研修企画の実施等により、強度行動障害の当事者（予備軍となっている当事者も含めて）が生き生きと自分らしさを発揮して生活できる真の共生社会の創出、地域基盤づくりに寄与することが期待される。

A. 研究目的

本研究は、平成25年度に施行された「障害者総合支援法」理念を踏まえ、強度行動障害のある人の豊かな地域生活を実現する「地域共生モデル」の理論の構築と重層的な支援方法の開発を目的としており、障害者福祉、児童精神医学、建築をベースとし、4つの分野（①地域共生モデル、②シナジープログラム、③トラウマ、④日中活動・街の環境）からエビデンスに基づく、「地域共生モデル」の方法論を見出し重層的な支援法の構築を目指すものである。上記のうち、本研究分担者（八木）は③トラウマと行動障害の関連について分担項目として研究する。

強度行動障害の病態をトラウマインフォームドの視点で捉え直し、①養育者・支援者らが行動障害のある本人及び自分自身のトラウマの影響を理解し、②トリガーの汎化や症状の増悪を惹起する関わりを廃し、③本人のレジリエンスを引き出す対応をとれるようになるための方法論と具体策の提示を目指す。このことにより、強度行動障害の予防や症状悪化の回避、支援者のエンパワー等につながるが見込まれる。さらに重要な点は、「トラウマを

予防する対応と情報の周知」にあるため、この領域の現状と課題に即したトラウマインフォームドケアの啓発に資する研修の在り方・方法論等についても、当事者からの聞き取りをベースに具体的に検討していく。行動障害関連において、「予防」や「トラウマ」に焦点を当てた研究は新規性が高く有用性があると考えられる。最終年度には、他の分野と成果を共有し、有用性の高い重層的な指針策定につなげる。支援者のマインドセットの変容とエンパワーを目的とする研修の在り方を検討し、全国障害福祉事業所を対象としたモデル研修を行う。

B. 研究方法

行動障害とトラウマの関連（ASD児特有のトラウマ体験、トラウマ反応やPTSD症状の特徴・特異性）を明らかにし、中～重度知的障害・ASD児のトラウマ症状の重症度評価を可能にするために次のことを行う。

1年目は行動障害のある当事者（言語表出／コミュニケーションが可能な高機能自閉症児・者）と家族約10組にインタビューし、本人や家族のトラウマ

体験・症状の特徴、二次的な心理社会的問題に関する質的調査を行う。その結果を海外先行研究に照らし、2年目は①強度行動障害児・者の養護者（家族）へのトラウマ／小児期逆境体験（ACEs）に関するインタビュー調査とトラウマインフォームドケアに関する支援者へのインタビュー調査を実施する。3年目はトラウマインフォームドの視点で強度行動障害のケース・スタディ2～3例を実施し、トラウマインフォームドアプローチによる強度行動障害支援の指針策定に資するまとめを行う。

（倫理面への配慮）

同意取得に際しては、説明文書および口頭による丁寧な説明を行ったうえであくまで自由意思による参加であること、途中で撤回できること、撤回しても不利益を受けないことも説明する。強度行動障害を有する当事者には、合意文書（アセント文書）に基づいた説明の後に、研究への参加について合意を確認し、確認書（かくにん書）に署名を得る。理解の程度や年齢により、保護者による代諾同意の署名を得る。

個人情報、研究者が厳重に保管し、外部に漏れないように最大限の努力をする。記録を作成する段階では、名前の代わりに研究用番号を付けて個人情報を削除する。

研究結果の報告・発表の際も、個人が特定される情報は取り除き発表する。

また、トラウマに関するインタビューの中で何らかの心理的反応や症状が認められた場合は、金銭的保障は行わず、必要に応じて、インタビュアーの所属する専門機関で相談・診療の提供（保険診療）を受ける機会を提供する。その際は児童精神科医または子どもを専門とする心理士が対応する。

なお、本研究の開始にあたっては、岩手医科大学の倫理審査委員会（IRB：Institutional Review Board）の審査及び承認を経て、研究機関の長の実施許可を得てから開始する。

＜R6年度調査方法の詳細＞

対象：

強度行動障害の当事者（青年期から成人期）の養護者（家族）と支援者、15組程度

募集方法（協力要請方法）：

- ① 研究代表者（野澤）が1年目にインタビュー調査を実施した施設の職員および研究分担者（八木・内山）が相識の事業所／施設管理者・職員に調査協力を依頼し賛同を得た支援職（専門職）
- ② ①の支援者を通じて調査協力を依頼し同意が得られた利用者（当事者）の家族（養護者）

インタビューの項目：

- I. 利用者の行動の帰属と支援者への影響、対処について
- II. 支援者／養護者の社会的ネットワークと支援について
- III. トラウマについて
 - 1) トラウマの理解度
 - 2) 利用者のトラウマの有無の把握
 - 3) トラウマケアの方法
 - 4) 自身のメンタルヘルス
 - 5) 自身の逆境的体験
- IV. 組織環境について
- V. 質問紙への回答（対面実施）
 - 1) 問題行動評価尺度短縮版（BPI-S）
 - 2) K6質問票
 - 3) 日本版PCL-5（ストレス体験）
 - 4) ASCOT（介護者用質問票）：養護者のみ

結果の分析：

インタビューは参加者の同意のもとで録画・録音し、質問項目への回答結果の集計とその内容の質的分析（KJ法に準じた手法）を行う。

C. 研究結果

今年度（R6年度）は支援者15名、家族（養護者）11組（両親4組、母親のみ7名；計15名）、総計30名から研究参加協力を得た。インタビューの所用時間は、一人当たり概ね70～100分（質問紙への回答時間を含む）であった。

協力施設：

- ・北摂杉の子会（大阪）
- ・京都ライフサポート協会（京都）
- ・ブルリの杜（岩手）
- ・てしろもりの丘（岩手）
- ・ねがいの杜（埼玉）
- ・虹の家（岩手）
- ・のぞみの園（群馬）

対象者の属性

支援者15名

- ・男女比 10：5
- ・平均年齢 47.1歳（±12.8）
- ・対人援助歴 17.7年（±12.4）
- ・強度行動障害への対応歴 13.5年（±13.4）
- ・対象者の性別 男性 11名 女性 3名 不明 1名
- ・対象者の知的障害の程度 重度8名 最重度2名
中程度2名 不明3名

家族（養護者）

- ・母親の年齢 62.9歳（±7.5）
- ・父親の年齢 70.8歳（±9.5）

＜質問項目への回答結果＞

※テーマごとのグラフ（付録1-1、1-2）を末尾の付録に添付。

支援者：

トラウマについて、理解していると回答した人が多いものの、「トラウマインフォームドケアの4つのR（理解、気づき、対応、再トラウマ予防）」については、「やや知っている」以上の回答は約3分の1に留まった。利用者の生育歴については、9割以上の方が、利用者の「小児期逆境体験」についても7割以上が把握しているのに比して、「いじめ」の体験について把握しているのは半数に満たなかった。

行動上の問題にトラウマの影響があるのではないかと認識しているものの、トリガーの把握や心理教育的知識、保護者支援については具体的な取り組みは浸透していない現状が見てとれた。

支援者自身のトラウマや並行プロセスについてはあまり認識されていなかった。

メンタルヘルスについては、自身が影響を受けやすいことを意識している支援者が多かった。無力感を抱く支援者は8割に上った。

家族（養護者）：

トラウマについて、「なんとなくイメージできる」程度の知識はあるものの、具体的症状について知っているのは半数にとどまり、4つのRについては、9割が「ほとんど知らない」と回答した。

支援者に比して、無力感を抱いているのは6割程度に留まるが、睡眠の問題は7割、うつ状態については8割が意識していると回答した。

＜支援者・養護者のメンタルヘルスやトラウマの認識と子（利用者）の行動障害の関連＞

質問項目への回答を基に、支援者・養護者それぞれについて、メンタルヘルス、トラウマの認識、それらと行動障害の関連などを分析した。それぞれの結果は相関を示してはいるが、因果関係を表すものではない。

■ 養護者のメンタルヘルス

- 1) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「無力感」が起こりうることを「意識していない」と、養護者のK6（不安／抑うつ）とPCL-5（ストレス関連）の合計点が高い傾向がある（ $\gamma=0.75$ ）。
- 2) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「QoLの低下」が起こりうることを「意識していない」と、養護者のK6とPCL-5の合計点が高い傾向がある（ $\gamma=0.74$ ）。
- 3) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「無力感」が起こりうることを「意識していない」と、養護者の回避症状も増加する（ $\gamma=0.74$ ）。

■ 養護者のメンタルヘルスと行動障害

- 1) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「不安」が起こりうることを「意識していない」と、子（利用者）の攻撃的行動の頻度が高い傾向があった（ $\gamma=0.87$ ）。

- 2) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「無力感」が起こりうることを「意識していない」と、子（利用者）の攻撃的行動の頻度が高い傾向があった（ $\gamma=0.81$ ）。
- 3) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「無力感」が起こりうることを「意識していない」と、子（利用者）の攻撃的行動の重症度が高い傾向があった（ $\gamma=0.74$ ）。
- 4) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「QoLの低下」が起こりうることを「意識していない」と、子（利用者）の攻撃的行動の重症度が高い傾向があった（ $\gamma=0.80$ ）。
- 5) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「無力感」が起こりうることを「意識していない」と、子（利用者）の常同行動の頻度が高い傾向がある（ $\gamma=0.74$ ）。
- 6) 養護者が自身の「ACEs」を「把握していない」と、子（利用者）の常同行動の頻度が高い傾向がある（ $\gamma=0.78$ ）。
- 7) 養護者が自身のメンタルヘルスの問題として「不安」が起こりうることを「意識していない」と、子（利用者）の常同行動の重症度が高い傾向がある（ $\gamma=0.73$ ）。
- 8) 養護者が子（利用者）の「トラウマ（いじめ、ACEs以外）」を「把握していない」と、子（利用者）の自傷行動の頻度が高い傾向がある（ $\gamma=0.85$ ）。
- 9) 子（利用者）の「トリガー（利用者それぞれ固有のリマインダー）」を家族間で共有・認識「できている」と、養護者の再体験症状が増加する（ $\gamma=-0.77$ ）。

■ 支援者のメンタルヘルス

- 1) 支援者が自身のメンタルヘルスの問題として「睡眠の問題」が起こりうることを「意識している」と、支援者のK6（不安・抑うつ）得点が高い傾向にあった（ $\gamma=-0.61$ ）。
- 2) 支援者が自身のメンタルヘルスの問題として「うつ」が起こりうることを「意識している」と、支援者の再体験症状も増加する（ $\gamma=-0.66$ ）。

■ 支援者のトラウマ理解と行動障害

- 1) 支援者が利用者の「トリガー（各利用者固有のリマインダー）」を「把握している」と、支援者の再体験症状も高い傾向にあった（ $\gamma=-0.76$ ）。
- 2) 支援者が「トラウマ反応や典型的な症状」について一般的なレベル（トラウマの専門ではない支援者レベル）で知っていると、利用者の行動障害の頻度は低い傾向がある（ $\gamma=0.68$ ）。
- 3) 支援者が「トラウマ反応や典型的な症状」について、一般的なレベル（トラウマの専門ではない支援者レベル）で知っていると、利用者の行動障害の重症度は低い傾向がある（ $\gamma=0.62$ ）。
- 4) 支援者が「対象者のACEsについて把握している」と利用者との自傷の頻度は相関している（ $\gamma=-0.75$ ）。
- 5) 支援者が「発達障害を持つ人がトラウマに弱く、トラウマティックな傷を負いやすいことを知っている」と利用者との自傷の頻度は相関している（ $\gamma=-0.73$ ）。
- 6) 支援者が「養育者のACEsについて把握している」と利用者との自傷の頻度は相関している（ $\gamma=-0.62$ ）。
- 7) 支援者が「養育者への支援（心理教育、保護者へのメンタルサポートなど）を何かしら意識／実践している」と自傷の頻度は相関している（ $\gamma=-0.82$ ）。
- 8) トラウマやACEsが長期的に子どもの心身の発達に影響を及ぼすことを支援者が「知っている」と利用者との自傷の重症度は相関している（ $\gamma=-0.65$ ）。

■ 支援者のメンタルヘルスと行動障害

- 1) 支援者が自身の心身やメンタルヘルスに影響が及ぶ（うつ）ことを「意識している」と、対象者の常同行動の頻度が低い傾向がある（ $\gamma=0.63$ ）。
- 2) 支援者が自身の心身やメンタルヘルスに影響が及ぶ（不安）ことを「意識している」と、

対象者の常同行動の頻度が低い傾向がある
($\gamma=0.80$)

- 3) 支援者が自身の心身やメンタルヘルスに影響が及ぶ(QoL) ことを「意識している」と、対象者の常同行動の頻度が低い傾向がある
($\gamma=0.63$)
- 4) 支援者のメンタルヘルスの問題として「睡眠の問題」が起これることを「意識している」と、利用者の常同行動の重症度は低い傾向がある ($\gamma=0.66$)

<支援者・養護者のナラティブの質的分析>

※概念図(付録2-1)・対照表(付録2-2)を末尾の付録に添付。

支援者、養育者のトラウマとメンタルヘルスに関するナラティブ(質問項目の選択肢の回答にまつわる固有の語り、具体的なエピソード)の逐語録を作成し、インタビュー項目に沿って、KJ法に準ずる方法で分類し次のような3つの概念図が作成された。

- ①支援者のトラウマの知識と援助スキル、メンタルヘルスについて
- ②支援者の所属する組織について
- ③家族のトラウマの理解とメンタルヘルスについて

逐語録の作成、分類カードの作成、分類作業、概念作成の一連の作業は、多職種6名(精神科医2名、臨床心理士3名、精神保健福祉士1名)のチームで実施した。

トラウマについての知識や情報の少ない養護者が自責感を抱きやすい傾向や、支援者が疲労感を抱きがちであることなど、様々な事象との関連が想定された。対照表からは、トラウマの知識や理解が少ない人がトラウマ/ストレス関連の質問紙(PCL-5)で臨床域でない傾向も認められ、必要性がない、もしくは回避傾向によるなど考えられるが、個別のナラティブを検討すると、ストレスを感じているものの「トラウマの影響」という視点をもっていない例が多くみられる。その一方、トラウマを理解してい

る人でPCL-5やK6が臨床域となる傾向もあり、因果関係は説明できないものの、トラウマを理解している人ほどストレス関連症状を自覚しやすい、という側面もあるかもしれない。個別の背景を丁寧に分析するとともに、サンプル数を増やしてより確かな傾向や特徴を明らかにする必要がある。

D. 考察

本調査に参加協力いただいた施設の支援者や家族は、強度行動障害児・者の支援において実証的な取り組みや独自の精力的な取り組みを行っており、強度行動障害支援において先進的な立場であったり、地域に根差した活動を展開していたりする、いわば当該分野に「理解と関心のある」方々ばかりであった。それでもなお、本調査の結果からは、激しい行動障害を地域や家庭で支えることの難しさを抱え、苦悩していることが浮かび上がった。

養護者および支援者へのインタビューでは、両者のトラウマに関する知識や子(利用者)のトラウマ体験についての関心や情報保持は、子(利用者)の行動障害の程度と相関があり、養護者および支援者のメンタルヘルスの問題とも関連があることが示された。サンプル数が少なく、結果は相関にとどまっており、それぞれの事象の因果関係を示すものではないが、強度行動障害をめぐる様々な困難な問題は、支援者・養護者と利用者相互に生物・心理・社会的な要素が複雑に影響しあって発生するものと考えられ、得られた結果と矛盾しない。例えば「支援者が(トラウマに関する)トリガーを把握しているほど、利用者の自傷が多い」という結果は、自傷行動の頻発する利用者に対応するうえで、そのトリガーの把握は必要不可欠な援助スキルの一つであり、両者が正の相関を示すことは納得できる。その一方で、トリガーの把握が行動障害の「減少」につながる段階に至るためには、トリガーを把握して「適切に対応するスキル」が求められていることが示唆されるとも考えられる。

支援者・養護者のナラティブを質的に分析した結果からは、トラウマの知識や情報が少なく理解が不十分な場合、家族は子どもの行動障害について「自

責感」を、支援者は「疲労感」を抱きやすい傾向があることが窺えた。

支援に熱心に取り組む、成果を上げている施設・支援者においても、トラウマインフォームドアプローチ、なかでも自分自身や支援者のマインドセットや並行プロセスに関する情報が少ないことが浮き彫りとなった。「トラウマ」について関心をもったり、意識したりすることはあっても、その詳細な内容や具体的な対応の仕方は把握されていないため、「気が付いている人ほど罪悪感や自責感を抱いたまま苦悩している」という側面も見えて取れ、具体的な支援方法の獲得とともにマインドセットの変容が、その解決の一助となる可能性がある。

強度行動障害の背景要因の一つとして、トラウマの影響がある可能性について精査することは、より適切な養育や支援を行ううえで、極めて重要かつ有用な視点を提供すると考えられる。強度行動障害を本人の発達特性や性質に起因する問題として捉えるにとどまらず、周囲との関係性や環境との相互反応による結果としての症状と理解することの重要性はこれまでも取り上げられてきているが、行動障害のトラウマ反応としての側面をアセスメントし、支援者や介護者が受ける影響についても理解したうえで、支援や介護の方法論にトラウマインフォームドの視点が加わることは、新たな方策での介入や支援を工夫する可能性をもたらし、支援者や養護者のマインドセットの変容にも寄与するものと期待される。

E. 結論

強度行動障害児・者を支える養護者・家族、支援者の支援スキルの向上と両者のマインドセットの変容という側面のみならず、当事者・家族・支援者のメンタルヘルスの維持・向上やウェルビーイングという観点からも、強度行動障害支援における「トラウマインフォームドアプローチ」は新たな切り口となる可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 吉岡靖史、八木淳子、山家健仁、内出 希、柿坂佳菜恵. 心的外傷後ストレス障害と神経発達症の合併症に対して、児童精神科病棟入院によるTF-CBTが有効であった1症例. 小児の精神と神経. 64(4) : 355-366. 2025.
- (2) Kanae KAKISAKA , Takehito YAMBE, Shusaku CHIBA, Natsumi MATSUO, Yasuhito YOSHIOKA, Mare UCHIDE, Junko YAGI and Kotaro OTUKA. Mental health of mothers who gave birth immediately after the Great East Japan Earthquake and behavioral problems of their children: a 5-year follow-up study focusing on the pregnancy trimester at the time of the disaster. Journal of Iwate Medical Association (JIMA). 176(4) : 121-140. 2024.
- (3) 八木淳子. 逆境を生きる子どものこころを聴く (5) 子どもの行動障害が伝えるもの(前編)一言葉にならない語り. そだちの科学. 44 : 114-121. 2025.
- (4) 八木淳子. 逆境を生きる子どものこころを聴く (4) 子どもの外傷性悲嘆とトラウマ後成長 人と歳月と共にあること. そだちの科学. 43 : 112-119. 2024.
- (5) 八木淳子. 逆境を生きる子どものこころを聴く (3) いじめのトラウマを生き延びる(後編). そだちの科学. 42 : 100-108. 2024.

2. 学会発表

- (1) 八木淳子. 小児期逆境体験としての「虐待」がもたらすもの(シンポジウム2 小児期逆境体験(ACEs)の中長期的影響とその支援). 第43回日本社会精神医学会. 2025. 3. 東京.
- (2) 八木淳子. 子どものトラウマの理解とケアー発達神経病理学の観点からー(シンポジウム3 心的外傷を再考するー子ども虐待がもたらす精神病理ー). 第47回日本精神病理学会. 2024. 9. 鹿児島.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

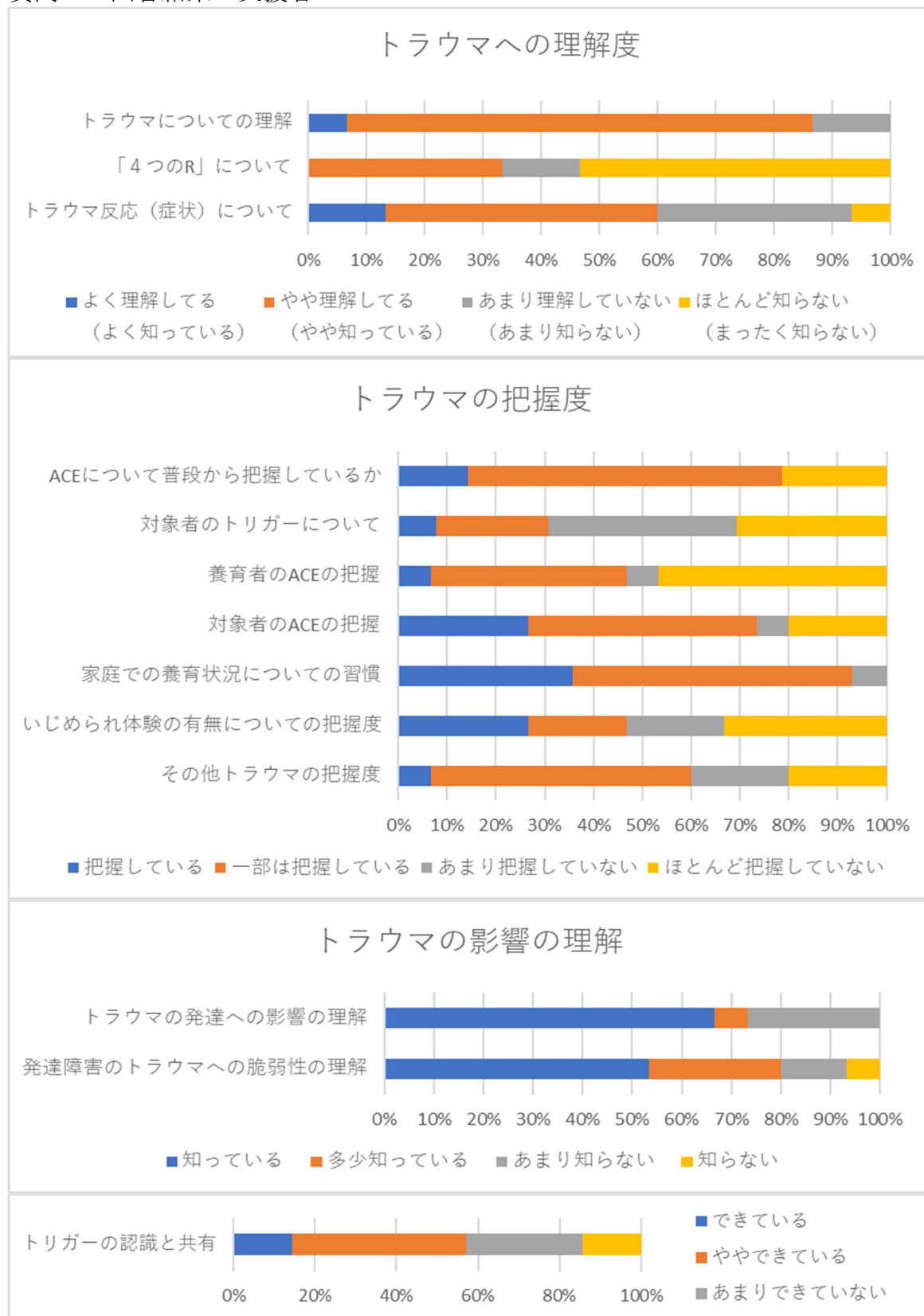
なし

3. その他

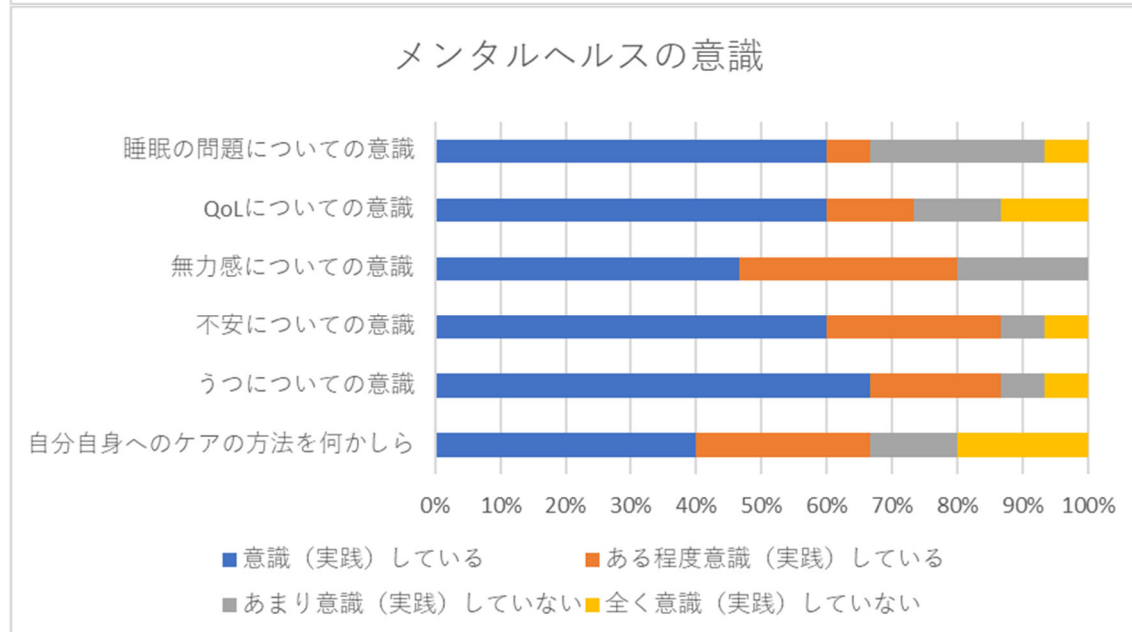
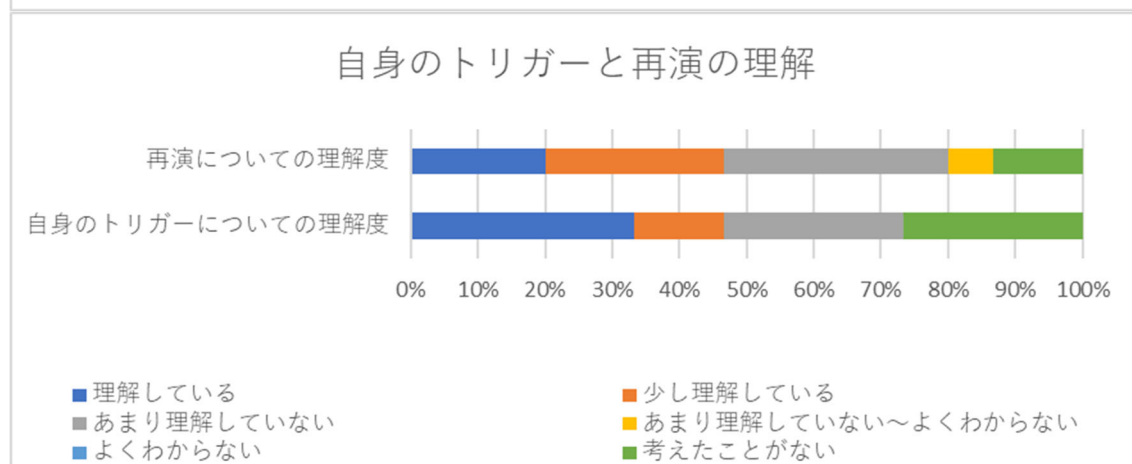
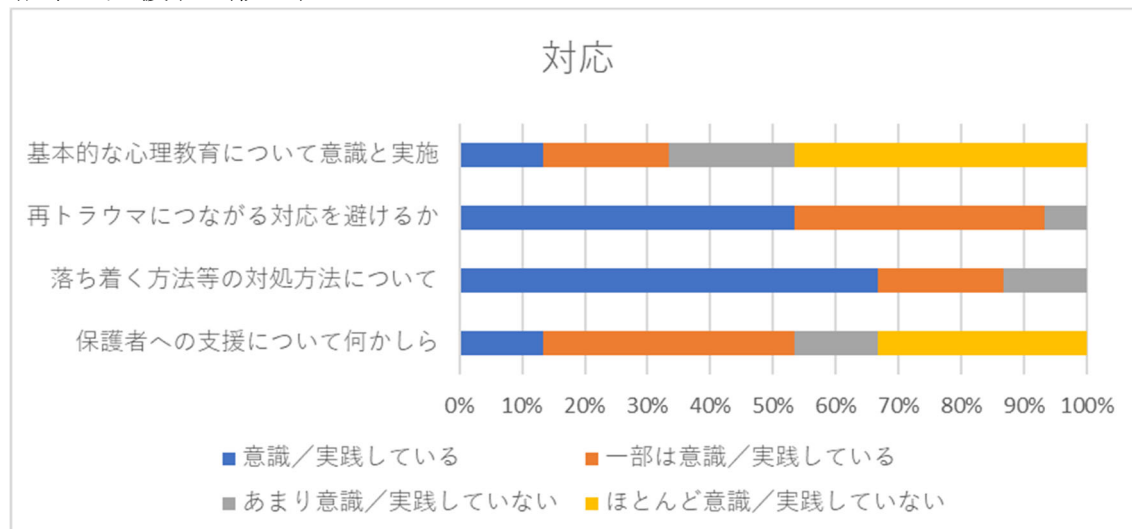
なし

<付録 1-1>

質問への回答結果：支援者

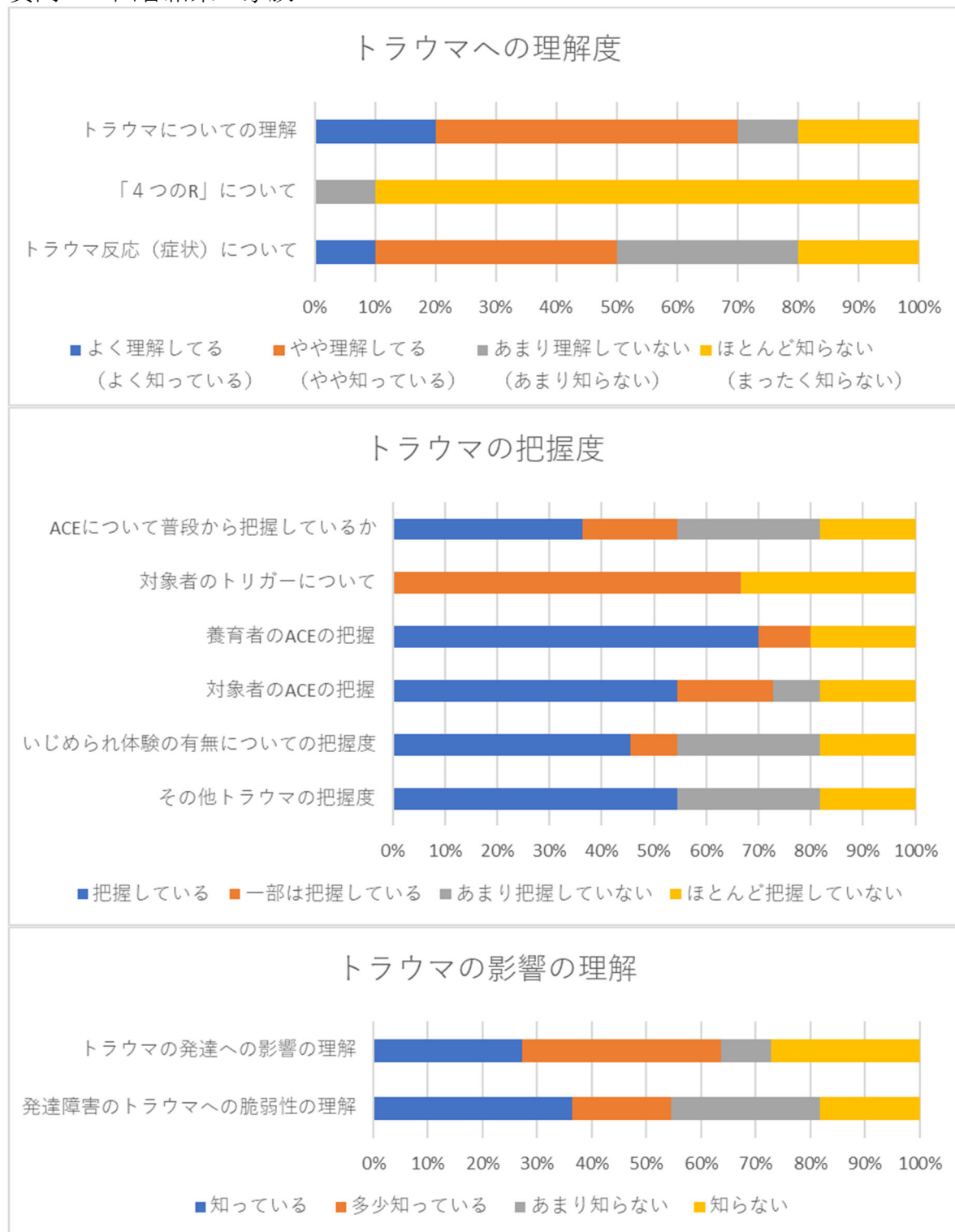


結果：支援者（続き）

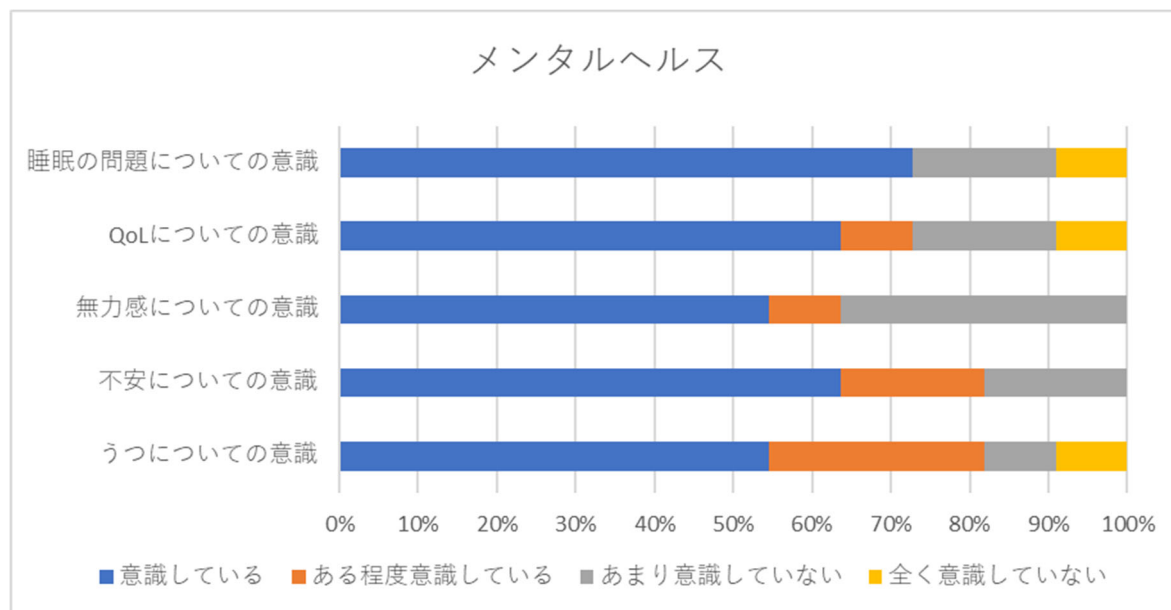


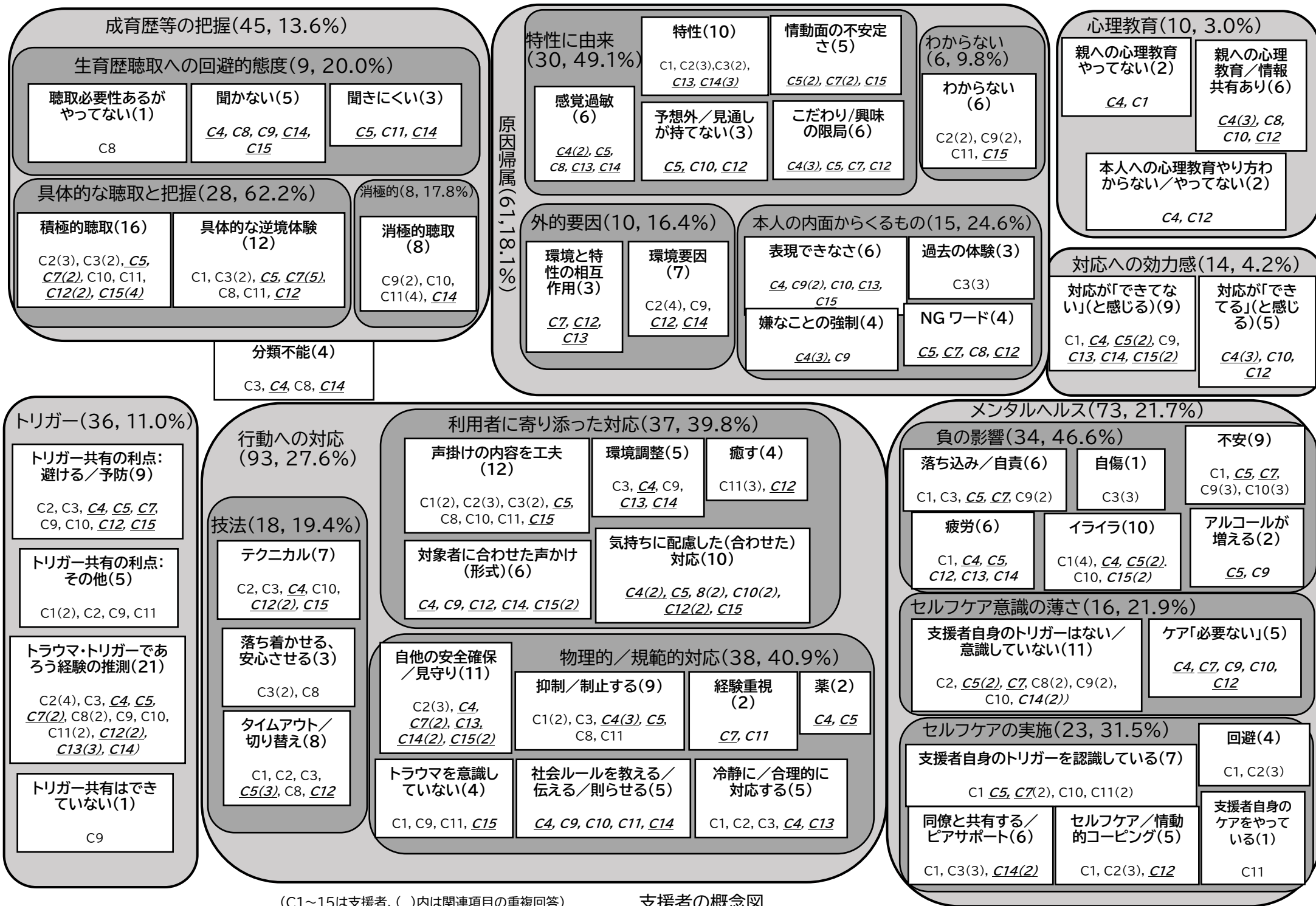
<付録 1-2>

質問への回答結果：家族



回答結果：家族（続き）





組織(148)

組織体制と風土(78, 52.7%)

相談体制／マニュアルあり(37)

C1(5), C2(2), C3(5), C4(2), C5(2),
C7(3), C9(2), C10(3), C11(3),
C12(4), C14(5), C15

組織としての研修・勉強会への参加 機会確保(19)

C1, C2, C3(2), C4, C5, C7(2), C9(3),
C10, C11(2), C12(2), C14, C15(2)

ピアサポートがある／良好な雰囲気(22)

9(C1, C2(3), C3(3), C4(3), C5(2), C7, C8(3),
C10(2), C11(3))

ネガティブなポイント(17, 11.5%)

組織：職場に対してネガティブ(8)

C2(2), C11, C12, C15(4)

組織：相談体制なし(2)

C5, C14

組織：(要)改善(7)

C3(4), C5, C12(2)

求める人材(16, 10.8%)

普通の人、人柄(10)

C2, C3, C4(2), C5, C8, C9,
C10, C14, C15

学習意欲、向上心(3)

C1(3)

誰でもいい(3)

C7, C11, C12

理念(29, 19.7%)

利用者第一(26)

C1(3), C2(4), C3(2), C4(2), C5(2),
C7, C8(2), C9(3), C10, C12(3), C14,
C15(2)

組織の理念：地域に生きる(3)

C1, C2, C7(3)

物理的対応(8, 5.4%)

マニュアルの設置(3)

C1, C2, C3

金銭面の補償(3)

C3(2), C7

エピソードの把握(44, 19.2%)

トラウマへの一定の理解(26, 59.1%)

具体的な逆境体験の把握(18)

F2(4), F3(2), F4(6), F5(4), F8, F11

トラウマの影響について知っている(2)

F1, F8

学校からの聴取(2)

F2, F10

トリガー把握の利点(4)

F2, F8, F9, F10

トラウマはよくわからない(18, 40.9%)

トラウマエピソード「ない！」(6)

F1, F6, F8(2), F9, F11

トラウマエピソード不明(本人が語れない、見てないところはわからない)(9)

F2(2), F3(2), F4, F5, F6, F7

トラウマについて理解していない(3)

F4, F6(2)

原因帰属(46, 20.1%)

特性(27, 58.7%)

特性(11)

F1, F2(2), F4, F7, F8, F9, F10(2), F11(2)

想起(3)

F2, F4, F8

わからない(12, 26.1%)

わからない(12)

F2(3), F3, F5(2), F7(4), F8, F10

思い通りにいかない(13)

F2, F3, F4, F5, F6(2), F8, F9(2), F10(3), F11

体調(3, 6.5%)

体調(3)

3(F2, F4, F11)

試し行動(4, 8.7%)

テストイング(試し行動)(4)

F6(2), F9, F10

分類不能(3)

F4, F6(2)

メンタルヘルス(74, 32.3%)

負の影響(17, 23.0%)

差別がつかった(4)

F3(4)

人目を避ける(3)

F2, F7, F11

本人へのネガティブな気持ち(3)

F7, F9, F11

諦念(4)

F7, F8, F9(2)

成長感(4, 5.4%)

Posttraumatic Growth(4)

F3(2), F4, F8

メンタルケア(15, 20.3%)

具体的ケアしている／情動的コーピング(6)

F1(3), F10, F11

施設に預けて楽になった(2)

F8, F11

理解してくれる人に話す(7)

F1, F3, F4, F5, F7, F10, F11

メンタルの問題(33, 44.6%)

母の孤立(3)

F4, F5, F7

兄弟への影響(3)

F7

考えないようにしてる(4)

F2, F4, F5, F6

不安(3)

F4, F7, F11

自責、自分のせい(18)

F1(5), F3(3), F4(2), F5(3), F7(2), F8, F11(2)

精神的不調(2)

F3, F7

周辺の要因(5, 6.8%)

親の ACE あり(2)

F3, F6

親の ACE なし(1)

F11

父の態度(4)

F3(2), F4, F8

対応(62, 27.1%)

意図的な見守り(9, 14.5%)

好きなことをさせる(コントロール感(+)) (6)

F1, F2(3), F3, F8

ほおっておく、無視(3)

F3, F8, F9

寄り添った対応(16, 25.8%)

その人に合わせた対応(10)

F4(2), F6(2), F8, F9(2), F10, F11(2)

環境調整(2)

F4, F9

支援者と家族の連携(4)

F4(4)

物理的／規範的対応(22, 35.5%)

身体的／心理的に対抗する(9)

F2(4), F7(2), F9(3)

言うことは言う(2)

F1, F8

自傷他害防止(3)

F4, F6(2)

止めたい(3)

F1, F3, F11

とりあえず落ち着かせる(5)

F2(2), F7, F10(2)

制御不能(15, 24.2%)

好きなことをさせる(コントロール感(-))(6)

F7, F8, F10, F11

対処不能(4)

F4, F7, F10, F11

(どうしたらいいかわからない、困る)(5)

F3, F4(3), F6

表 支援者の対照表

ID	性別	年齢	対人援助 歴	強度行動障害のあ る方への対応歴	Q1 ^{a)}	Q2 ^{b)}	K6_合計	K6_カット オフ	PCL5_合計	PCL5_合計 カットオフ	PCL5_再体験	PCL5_回避	PCL5_認知・ 気分の陰性変 化	PCL5_過覚醒 化
C1	男性	26	5	5	(+)	(+)	11	臨床域	33	臨床域	9	7	8	9
C2	男性	32	12	4	(+)	(+)	0	健常域	0	健常域	0	0	0	0
C3	男性	43	21	21	(+)	(+)	13	臨床域	35	臨床域	9	4	11	11
C4	男性	68	3	3	<u>(-)</u>	<u>(-)</u>	4	健常域	0	健常域	0	0	0	0
C5	男性	44	22	15	(+)	<u>(-)</u>	15	臨床域	18	健常域	8	2	4	4
C6	男性	40	16	2	(+)	(+)	2	健常域	4	健常域	0	4	0	0
C7	男性	60	38	38	(+)	<u>(-)</u>	3	健常域	52	臨床域	16	4	18	14
C8	女性	61	10	6	(+)	(+)	0	健常域	1	健常域	0	0	0	1
C9	女性	57	4	4	(+)	(+)	22	臨床域	28	健常域	5	8	11	4
C10	女性	28	10	10	(+)	(+)	0	健常域	5	健常域	0	0	3	2
C11	男性	63	43	43	(+)	(+)	0	健常域	2	健常域	1	0	1	0
C12	女性	50	30	30	<u>(-)</u>	(+)	11	臨床域	27	健常域	10	8	4	5
C13	男性	46	23	10	(+)	<u>(-)</u>	4	健常域	8	健常域	1	2	3	2
C14	男性	46	23	10	(+)	<u>(-)</u>	4	健常域	8	健常域	1	2	3	2
C15	女性	43	6	2	(+)	<u>(-)</u>	12	臨床域	20	健常域	6	6	4	4

a) 「あなたはトラウマについて理解していますか」と質問。「よく理解している」「やや理解している」と回答した場合「(+)」, 「あまり理解していない」「ほとんど理解していない」と回答した場合「(-)」と表示。

b) 「あなたはトラウマの引き起こす反応について知っていますか」と質問。「よく知っている」「やや知っている」と回答した場合「(+)」, 「あまり知らない」「ほとんど知らない」と回答した場合「(-)」と表示。

表 家族の対照表

ID	回答者	年齢	Q1 ^{a)}	Q2 ^{b)}	K6_合計	K6_カット オフ	PCL5_ 合計	PCL5_合 計カット オフ	PCL5_再 体験	PCL5_回 避	PCL5_認 知・気分 の陰性変 化	PCL5_過 覚醒
F1	母	71	(+)	(+)	4	健常域	8	健常域	1	0	4	3
F2	母	58	<u>(-)</u>	<u>(-)</u>	0	健常域	25	健常域	3	4	8	10
F3	母	62	<u>(-)</u>	<u>(-)</u>	3	健常域	4	健常域	0	0	1	3
F4	両親	父：58 母：57	(+)	(+)	18	臨床域	41	臨床域	14	4	16	7
F5	両親	父：78 母：73	(+)	(+)	19	臨床域	27	健常域	5	5	6	11
F6	両親	父：69 母：70	(+)	(+)	0	健常域	0	健常域	0	0	0	0
F7	母	55	<u>(-)</u>	(+)	7	臨床域	11	健常域	3	1	4	3
F8	両親	父：78歳 母：73歳	(+)	(+)	7	臨床域	18	健常域	5	3	7	3
F9	母	58	(+)	<u>(-)</u>	1	健常域	5	健常域	2	0	2	1
F10	母	53	(+)	<u>(-)</u>	13	臨床域	11	健常域	2	3	3	3
F11	母	62	(+)	<u>(-)</u>	2	健常域	8	健常域	1	0	3	4

a) 「あなたはトラウマについて理解していますか」と質問。「よく理解している」「やや理解している」と回答した場合「(+)」, 「あまり理解していない」「ほとんど理解していない」と回答した場合「(-)」と表示。

b) 「あなたはトラウマの引き起こす反応について知っていますか」と質問。「よく知っている」「やや知っている」と回答した場合「(+)」, 「あまり知らない」「ほとんど知らない」と回答した場合「(-)」と表示。